

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 février 1901, à 1 heure

PAR

ROMANESCO ADRIANExterne des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

MANUEL OPÉRATOIRE

De l'Éversion de la Vaginale

DANS LE TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. { DEBOVE, professeur.
MARFAN,
FAURE, } agrégés.

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 février 1901, à 1 heure

PAR

ROMANESCO ADRIAN

Externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

MANUEL OPÉRATOIRE

De l'Éversion de la Vaginale

DANS LE TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

Président : M. BERGER, professeur.

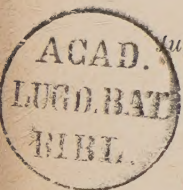
DEBOVE, professeur.

Juges : MM.

MARFAN,

FAURE,

agregés.



IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		BRISAUD.
		CHANTEMESSE.
		N.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TERRIER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LEDENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBARAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HEIM.	TEISSIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	THIERY.
BROCA Auguste.	LANGLOIS.	THIROLOIX.
BROCA André.	LAUNOIS.	THOINOT.
CHARRIN.	LEGUEU.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEJARS.	VARNIER.
DELBET.	LEPAGE.	WALLICH.
DESGREZ.	MARFAN.	WALTHER.
DUPRÉ.	MAUCOIRE.	WIDAL.
FAURE.	MENETRIER.	WURTZ.
	MERY.	

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Éternelle reconnaissance et amour filial.

A MON BEAU-PÈRE ET A MA BELLE-MÈRE

A MES FRÈRES, A MES BELLES-SŒURS & BEAUX-FRÈRES

A MA CHÈRE FEMME

*Compagne inséparable dans mes études,
Amour sincère.*

A MA CHÈRE PETITE FILLE : FAVORITE

Le plus pur amour paternel.

A LA MÉMOIRE DE MA FILLE : DALILA

*Amour infini,
Douleur inconsolable.*

A MONSIEUR LE PRINCE DEMÈTRE MORUZI

Reconnaissance.

A MES MAITRES DE BUKAREST

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER,

Chirurgien des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Je dédie cet ouvrage.

AVANT-PROPOS

Avant d'entrer dans le sujet de notre thèse inaugurale que le devoir impose à tout étudiant à la fin des études médicales, nous trouvons une douce occasion d'apporter à nos maîtres des hôpitaux, à tous ceux dont la bienveillance envers nous ne s'est jamais démentie, à ceux qui nous ont guidé et soutenu dans le cours de nos études, l'hommage et l'expression de notre vive reconnaissance.

Nous sommes profondément reconnaissant à notre maître, M. le docteur Martin Roux, médecin des hôpitaux ; sa bonté pour nous en une circonstance douloureuse nous a touché profondément.

A mon maître, M. le professeur Landouzy, qui a mis la base de nos connaissances médicales par ses savantes leçons cliniques au lit du malade à l'hôpital

Laënnec, nous lui adressons l'expression de notre plus vive reconnaissance.

Que M. le docteur Aimé Quinard, chirurgien des hôpitaux, qui nous accueillit dans son service avec une extrême bienveillance au commencement de nos études, veuille agréer nos remerciements.

Chez M. le professeur Schwartz, chirurgien de l'hôpital Cochin, pendant l'année que nous passâmes avec lui, nous acquîmes le goût pour la chirurgie grâce au succès de ses opérations. Ses leçons cliniques au lit du malade nous furent d'une grande utilité ; nous lui sommes vivement reconnaissant.

À M. le docteur Bogy, chirurgien des hôpitaux, nous devons l'enseignement des maladies des voies urinaires. Sa bienveillance pour nous, restera éternellement présente à notre esprit.

M. le professeur Berger, chirurgien de l'hôpital Beaujon ; M. le professeur Ricard, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, et M. Rochard, chirurgien des hôpitaux, complétèrent notre éducation chirurgicale en nous inspirant la pratique de leur vigoureuse antisepsie et la connaissance de leurs opérations savantes et couronnées de succès : nous leur sommes pleinement reconnaissant.

A M. le professeur Pinard, nous devons l'enseignement des connaissances obstétricales ; la bienveillance avec laquelle il nous reçut à la clinique Baudelocque, et son extrême bonté pour nous restera comme le souvenir le plus agréable de notre séjour à Paris, nous le prions vivement de recevoir l'expression de nos hommages et de notre profonde reconnaissance.

Je ne dois pas oublier M. le docteur Paul Claisse, médecin des hôpitaux, qui nous a transmis beaucoup de ses connaissances médicales, dans le service de M. le professeur Landouzy.

INTRODUCTION

L'hydrocèle vaginale est une affection fréquente puisque S. Duplay (1) en examinant 59 testicules des vieillards morts à Bicêtre, trouva 15 fois de l'hydrocèle ; que, d'autre part, Rocher, en relevant les maladies du testicule » observées à l'hôpital de Berne, trouve que les deux tiers des cas sont constitués par l'hydrocèle, tandis que Félix Regnault (2), faisait des recherches sur 37 sujets tant adultes que vieillards ne trouva que 30 fois qu'il y avait soudure partielle ou totale de la vaginale.

Aussi bien ne nous arrêterons-nous pas à décrire les symptômes, les variétés, ni même le diagnostic de cette affection si connue.

Le traitement seul nous intéresse. Après avoir passé

(1) S. DUPLAY. — *Arch. génér. de Méd.* 1895, t. CXXIX.

(2) FÉLIX REGNAULT. — *De la vaginalite chronique cause de l'hydrocèle* (Bullet. de la Soc. anat. de Paris, LXVI^e année), t. V, fasc. 22, déc. 1895, p. 662.

en revue rapide les nombreux traitements auxquels ont eu recours les chirurgiens et les médecins, nous nous arrêterons surtout à une variété du traitement chirurgical, rendu possible par les nouvelles bases chirurgicales, créées par l'ère pastorienne et par la méthode aseptique.

Nous examinerons brièvement quels sont les résultats que donne le traitement de l'hydrocèle par l'éversion de la vaginale, procédé rapide, élégant et facile à exécuter.

Nous en concluerons les cas auxquels il convient plus spécialement.

Mais pour le mettre en valeur il faut énumérer, les moyens de traitements, qui l'ont précédé et dont il est dérivé.

HISTORIQUE

1^{er} Traitement par la ponction et l'injection.

Il est inutile de rappeler les applications extérieures de teinture d'iode, la compression prolongée des bourses, à l'aide du suspensoir élastique de Blackwood (1).

La ponction suivie de l'injection d'un liquide modificateur qui est le plus souvent, de nos jours, la teinture d'iode, est connue depuis fort longtemps ; elle a suscité de très nombreuses et de longues discussions ; ses partisans vantent sa simplicité, ses adversaires insistent sur la piqûre possible de la glande, sur les récidives possibles, sur cette fâcheuse éventualité qui consiste à pousser l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané qui se nécrose.

Après avoir perdu du terrain devant les procédés san-

(1) BLACKWOOD. — *Philadelph med. Times*, 1879, t. IX, p. 151.

glants, elle semble regagner quelques faveurs aujourd'hui pour certaines hydrocèles, dont nous aurons à parler.

M. Sébilleau (1) la conseille et la met en pratique pour ces cas particuliers.

2^o Traitement par l'incision.

L'ouverture large de la vaginale suivie ou non d'excision est de date très ancienne, Celse la connaissait.

Pratiquée couramment jusqu'au début du ^{xix}^e siècle, elle fut combattue, dit Gouffier, par Malgaigne, Jobert, Lisfranc, Nélaton, qui ne l'employaient que dans des cas très spéciaux.

L'ère antiseptique l'a ramenée à l'ordre du jour Wolkmann (2) a donné à l'incision de la vaginale de Celse le regain d'actualité, auquel elle a droit.

Mais sa méthode a été maintes fois modifiée et M. Sébilleau (3) classe ainsi les procédés dont l'incision constitue le temps fondamental.

- a) Incision simple ;
- b) Incision avec résection partielle de la vaginale ;
- c) Incision avec résection totale ;
- d) Incision avec éversion de la vaginale sans résection.

(1) DELBET et LE DENTU. — *Traité* (Article de M. Pierre Sébilleau, t. IX, p. 895).

(2) WOLKMANN. — *Der Hydrocelenschnitt bei antiseptischer Nachbehandlung* (Berl. Klin Wochenschrift, 1876, n^o 5).

(3) DELBET et LE DENTU. — *Loc. cit.*

a) — Incision simple.

Wolkmann, sans chloroforme, faisant sur toutes les tuniques, y compris la séreuse, une incision d'égale hauteur ; lavage de la poche avec une solution phéniquée à 3 0/0 ; examen et toilette de la séreuse, suture au catgut, comprenant la séreuse et la peau, pansement ouaté compressif ; drainage.

« La méthode de Wolkman a vieilli » dit M. Sebileau, malgré les modifications de Paul Cleudenin (1), de Roersch (2), de O. Bloch (3).

En effet, cette méthode laissait persister la cavité vaginale, et rendait la récédive possible, elle soumettait le malade au sommeil chloroformique ; ce qui peut toujours être un danger et nécessite la présence d'un aide.

Mais telle quelle, la méthode de l'incision simple de Wolkman constituait un progrès très marqué, parce que, pour la première fois, elle permettait de chercher, la pièce en mains, pour ainsi dire, la cause de l'hydrocèle, et d'en faire la séméiologie et l'anatomie pathologique raisonnées.

(1) PAUL CLEUDENIN. — *De l'incision maintenue béante dans le traitement de l'hydrocèle simple* (The Boston, méd. and. sug. journal 3 mai 1894, p. 440).

(2) ROERSCH. — *Traitement de l'hydrocèle* (Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège, mars 1896).

(3) O. BLOCH. — *Un traitement radical de l'hydrocèle* (Sem. méd., 16 février 1893, n° 9, p. 22).

b) — Incision avec résection partielle de la vaginale.

Julliard (1) préconise en 1884, le procédé suivant, dont voici le trait caractéristique :

« La totalité de la cavité étant faite, je résèque de la
« vaginale ce qui est nécessaire pour que ce qui en reste,
« suffise à recouvrir le testicule et le cordon, et je suture
« la vaginale en l'ajustant sur le testicule et le cordon.
« Cette suture est faite avec des catguts très fins, placés
« à un centimètre les uns des autres. J'obtiens ainsi un
« adossement complet et hermétique du feuillet pariétal
« avec le feuillet viscéral, sur lequel il est appliqué et
« tendu sans aucun repli ».

Le professeur Reclus, en 1886, adopte ce procédé et obtient neuf guérisons sur neuf opérés.

Procédé Augagneur.

Mais auparavant, en 1883, M. Augagneur (2), de Lyon, publia 15 cas opérés suivant le procédé de Julliard, mais modifié par lui. « Je fais, dit-il deux plans de suture,

(1) JULLIARD. — *De l'incision antiseptique de l'hydrocèle* (Rev. de Chirurgie, t. IV, p. 81, 1884).

(2) AUGAGNEUR. — *Traité de l'hydrocèle par l'incision et la résection partielle de la tunique vaginale* (Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1886, p. 222).

« correspondant aux lèvres de la vaginale (plan profond),
« aux lèvres de la peau (plan superficiel). Le plan profond
« comporte deux ou trois points. J'emploie des fils métal-
« liques, réunis par des lames de plomb. L'aiguille
« pénètre sous la paroi du scrotum, dans un point situé
« un peu au dessous de l'incision vaginale et traverse
« successivement le scrotum, la vaginale pénètre dans la
« cavité séreuse, atteint l'autre paroi, traverse la vaginale
« de dedans en dehors, puis la peau. Ces fils accolent le
« feuillet séreux à lui-même ».

Procédé Scarenzio (1).

Signalons enfin la modification du procédé de Julliard, de M. Scarenzio, qui pratique une courte incision tégumentaire et ponctionne la vaginale. Puis le liquide s'écoulant il attire le feuillet pariétal de la vaginale au dehors à travers l'incision, le décolle avec les doigts, le pédiculise, le prend entre deux pinces, et le résèque sans avoir exploré la cavité.

Procédé Gambardella.

Enfin cet auteur, cherchant à éviter la tuméfaction, qui

(1) SCARENZIO. — *Sul modo di vende encore pu semplice et innocente la cura dell'idrocèle* (Brochura in-8, Milang 1889).

survient après l'opération, soulève de chaque côté de l'incision et à une distance de trois centimètres environ de cette dernière, un bourrelet entamé qu'il maintient, au moyen de quelques points de suture interrompue ; une couche d'ouate hydrophyle protège la peau contre la pression des fils. En somme Julliard, ou les auteurs qui l'ont imité plus ou moins, cherche à supprimer la cavité vaginale pour supprimer la récive.

L'inconvénient de cette méthode est l'hémorragie qu'elle provoque et qui fait perdre du temps à pincer et lier les vaisseaux qui peuvent donner. D'autant plus que, l'opération terminée, les sutures faites, il pourra survenir une hémorragie secondaire, qui formera une hématome ; cela s'est vu.

De plus on laisse une cavité réduite évidemment par l'excision, mais suffisante et au delà pour laisser place à la récive. Aussi a-t-on cherché un procédé plus radical encore que l'excision partielle.

c) — Excision totale.

C'est le procédé de Bergmann (1) ou de l'excision totale.

Cet auteur, après anesthésie par le chloroforme, incise la vaginale sur toute sa hauteur ; puis il abaisse et

(1) BERGMANN. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1895, n° 14.

résèque, aux ciseaux, le feuillet pariétal de la vaginale, jusqu'à sa réflexion sur le testicule et l'épididyme.

Hémostase soignée au catgut.

Lavage du feuillet viscéral et de la plaie, à l'eau phéniquée à 3 0/0.

Suture et drain au point déclive.

Reclus et Routier (1), Sebileau (2) recommandent avant d'ouvrir la vaginale, de la bien séparer des couches sous-jacentes : « cela simplifie l'opération » et permet d'éviter plus sûrement la blessure de l'épididyme et du canal déferent voire même du testicule, accidents que l'on a eu l'occasion de constater.

On les évitera cependant, en prenant la précaution de bien isoler la tumeur vaginale, comme le veut Routier, et en isolant la poche, non pas avec le bistouri ou les ciseaux, mais bien avec les doigts, comme l'a indiqué Nicaise (3). — Cette manœuvre se fait par simple traction ; elle est basée sur deux arguments anatomiques :

1° La fibreuse non seulement soutient, mais encore relie entre elles toutes ces parties qui concourent à former le cordon spermatique, en sorte qu'en l'excisant avec le bistouri on s'expose à blesser les vaisseaux.

2° La tunique fibreuse renferme à sa partie externe de nombreux vaisseaux dont le calibre est augmenté, par l'hyperthrophie de la vaginale.

(1) ROUTIER. — Thèse de Gouffier, Paris, 1898, n° 344.

(2) SEBILEAU. — *Loc. cit.*

(3) NICAISE. — *Revue de Chirur.*, 1888, p. 89.

Cette résection est une opération facile et dès le quinzième jour le malade peut circuler.

Le scrotum reste tuméfié pendant quelques jours, mais les tissus reprennent peu à peu leur souplesse et la glande sa mobilité.

d) — Eversion de la vaginale.

Avant d'exposer le procédé du retournement proprement dit, qui fait l'objet de cette étude, il faut signaler un procédé qui s'en rapproche beaucoup et qui a été imaginé en Allemagne par Storp (1).

Procédé Storp.

Il pratique une incision très longue qui met à nue toute la vaginale. Puis, avec l'index il la décolle sur une petite étendue de chaque côté des lèvres de l'incision.

Alors seulement la vaginale est ouverte sur une longueur égale à l'incision cutanée.

Le contenu évacué, la vaginale est plissée au moyen de sutures au catgut, perpendiculaires à l'incision, de façon qu'elle entoure le testicule en formant un bourrelet, plus ou moins épais.

La durée de l'opération est de vingt minutes.

(1) STORP. — *Arch. f. klinische chirurg.* (Liv. III, p. 334, 1896).

Procédé de Jaboulay.

Les différentes étapes du traitement chirurgical de l'hydrocèle avaient conduit, par l'incision simple, puis l'excision partielle, puis l'excision totale à ce qui pouvait paraître le traitement définitif, puisque la vaginale supprimée, toute récurrence cessait d'être possible.

Et cependant, un dernier perfectionnement restait possible, malgré ces apparences; c'était la suppression fonctionnelle de la vaginale, sans avoir recours à une suppression matérielle par la méthode du retournement que Jaboulay (1) de Lyon, pratiqua le premier, en 1895.

C'est au cours d'une intervention pour hernie inguinale congénitale que l'idée vint à ce chirurgien de supprimer la cavité vagino-péritonéale, sans recourir à la dissection, mais bien en retournant les feuillets de cette vaginale autour du cordon et du testicule.

C'est de cette observation qu'est venue l'idée d'appliquer ce traitement à la cure radicale de l'hydrocèle.

Dès la même année, en effet, Dayer (2) de Reims, publia une note sur le traitement de l'hydrocèle par éversion de la vaginale mais sans aucune observation.

Enfin Delove (3) de Lyon, en novembre 1897, publia des

(1) JABOULAY. — *Province médicale*, 1895, p. 139.

(2) Arch. provinciales de chirurgie, nov. 1895.

(3) DELOVE. — *Lyon médical*, nov. 1897.

observations d'opérés suivant la méthode de Jaboulay alors que déjà, en 1896, Barral (1) avait publié une thèse sur ce sujet.

Voici comment M. Sébilleau (2) résume le manuel opératoire de Jaboulay :

« a) Incision longitudinale du scrotum, aussi étendue que dans la cure radicale ordinaire ;

« b) Décortication du feuillet fibre-vaginal et de son contenu, comme si l'on voulait pratiquer une castration ;

« c) Incision dans toute la hauteur de la vaginale décortiquée ; évacuation du contenu et retournement de cette enveloppe autour de la partie inférieure du cordon et l'épididyme, fixation dans la nouvelle position, par une suture lâche et peu étendue au catgut ;

« d) Réintégration des organes dans la poche scrotale, sutures cutanées à la soie ou au fil métallique.

Drainage à volonté.

Procédé de M. F. Legueu (3)

Cet auteur a fait du procédé du retournement de la

(1) BARRAL. — *Inversion de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle* (Thèse de Lyon, 1896).

(2) *Loc. cit.*

(3) F. LEGUEU. — *Du traitement de l'hydrocèle par l'inversion vaginale*, XIII^e Congrès de Chirurgie (Paris, 1899, p. 664 ; Chez P. Alcan).

vaginale, un usage fréquent et une étude qui est publiée dans le compte rendu du 13^e congrès de chirurgie de Paris, d'une part, et dans la thèse de son élève Houdé (1), d'autre part. Il décrit minutieusement le manuel opératoire de cette intervention brillante.

Manuel opératoire.

L'opération est rapide, aussi l'anesthésie générale peut-elle être supprimée.

On ne cherchera que l'anesthésie locale. Pour cela faire avec une solution de cocaïne à 1 0/0 sur le trajet de l'incision future une injection dans le derme scrotal de deux à trois centimètres cubes de la solution.

On devra avoir soin, ici comme partout ailleurs, d'attendre trois à quatre minutes après l'injection hypodermique avant de porter l'instrument tranchant sur la zone à inciser, autrement l'anesthésie serait très aléatoire où même nulle.

La région scrotale devra être rasée avec soin puis lavée au savon, avec de l'eau tiède et enfin avec une solution de sublimé au 1/1000°. Le lavage à l'éther est douloureux, donc à rejeter.

Le champ opératoire est limité comme d'habitude, avec des compresses stérilisées.

Le scrotum est immobilisé de la main gauche.

(1) E. HOUDÉ. — Thèse de Paris. 1899-1900, n° 157.

Premier temps.

Une incision de huit centimètres de longueur est pratiquée lentement, couche par couche, jusqu'à la tunique vaginale que l'on reconnaîtra à sa transparence et à son reflet bleuâtre.

A ce moment, les artérioles qui ont pu être sectionnées, sont pincées et liées.

Deuxième temps.

Laissant le bistouri de côté il faut commencer le décollement complet du testicule et de la vaginale distendue, les deux organes formant une seule masse confondue. Il faut libérer les adhérences celluleuses qui existent principalement à la partie postérieure du testicule, et pour cela insinuer le doigt entre la surface distendue et les autres tuniques du scrotum.

C'est ce temps qui est le temps véritablement important de l'intervention car c'est de lui que dépendent son succès ou son insuccès futurs.

Les opérateurs qui ne décollent pas avec soin complètement le testicule et la vaginale distendue éprouvent de la difficulté dans le retournement de la vaginale ou bien même sont dans l'impossibilité de la pratiquer ou bien la réussissent incomplètement. On ne saurait trop insister

avec P. Legueu sur l'importance d'une libération complète et soigneusement poursuivie.

Troisième temps.

La vaginale est alors largement incisée. Doyen ne fait qu'une petite incision. Cette manière de faire présente l'inconvénient de rendre la sortie du testicule, hors de la séreuse, douloureuse, et quelquefois même difficile.

Le liquide est évacué et le testicule hernié à travers l'orifice vaginal; on procède à une inspection minutieuse de tous les organes contenus dans la vaginale, et les corps étrangers qui peuvent s'y trouver sont excisés.

Quatrième temps.

La vaginale est retournée au dessus de l'épididyme, comme on retournerait un doigt de gant, de façon à entourer la partie inférieure du cordon.

Il faut alors, pour éviter le retour de la vaginale dans sa position normale, la fixer dans sa nouvelle position par deux points de suture au catgut, l'unissant aux éléments du cordon. Ces deux sutures ayant pour but le maintien de la vaginale éversée, ne devront pas être trop serrées

pour éviter la compression du cordon au niveau des points de renversement des feuillets (1).

Ce dernier temps de sutures de la vaginale dans sa nouvelle situation, en éversion, est le second point de la dernière importance, sur lequel nous désirons fixer l'attention de la façon la plus catégorique. Il peut paraître secondaire, à première vue, une fois la vaginale bien éversée de compter qu'elle gardera sa nouvelle position, sans possibilité apparente de reprendre sa position normale, ou bien de la forcer à garder la position que lui a donnée l'opérateur par deux ou trois points de suture.

Et pourtant, loin d'être secondaire, cette nécessité de la suture, est primordiale; c'est en s'y conformant que l'on aura régulièrement des succès, et c'est en la négligeant que l'on s'exposera à des mécomptes. Les observations des auteurs qui ont pratiqué cette intervention un certain nombre de fois, ainsi que l'une de nos observations personnelles, sont là pour prouver que l'absence de sutures de la vaginale dans le retournement exposent très souvent, on pourrait presque dire, exposent toujours à des récidives plus ou moins étendues, plus ou moins importantes, mais suffisantes pour obliger le malade à revenir consulter.

Cinquième temps.

Vaginale et testicule sont réintégrés dans les enveloppes

(1) HOUDÉ, — *Loc. cit.*

du scrotum. Une hémostase soigneuse sera faite par la ligature ou la torsion des artérioles, et par un léger tamponnement sur l'hémorragie en nappe pour éviter la formation d'un hématome secondaire.

La peau est suturée au cuir, sans drainage, un pansement antiseptique compressif sera appliqué sur le scrotum pour n'être retiré que huit jours plus tard, au moment de l'enlèvement des fils (1).

Le manuel opératoire que nous préconisons est donc celui de F. Leguen, en ayant soin de donner, comme lui, une grande importance à la libération attentive et complète de la masse formée par l'hydrocèle et le testicule, et en insistant sur la nécessité absolue de ne jamais se dispenser de fixer la vaginale dans sa situation nouvelle par quelques points de suture, sous peine d'avoir fait une intervention inutile, suivie à brève échéance, au bout d'un mois, dans notre observation, d'une récurrence qui obligera l'opérateur à faire, au cours d'une deuxième opération, ce qu'il avait négligé de faire, au cours de la première.

(1) HOUDÉ. — *Loc. cit.* LEGUEU. — *Loc. cit.*

RÉSULTATS

La guérison, après l'éversion, est obtenue généralement, au bout d'un temps moyen, de 8 à 10 jours.

Mais les malades peuvent se lever, garnis de leur pansement compressif, au bout déjà, de trois ou quatre jours.

Les bourses restent un peu volumineuses et indurées, immédiatement après l'opération, comme dans toutes les interventions de ce genre, mais elles diminuent très rapidement de volume.

Quant à la douleur, elle est beaucoup moindre que dans les injections iodées. Elle ne se traduit que par quelques douleurs, irradiées le long du cordon, qui cessent quelques heures après l'intervention.

Récidives. — On les a observées ; notamment dans 22 cas rapportés par Houdé, il y a eu deux récidives ; mais ces deux récidives se rapportent à deux cas, dans lesquels on n'avait pas fixé la vaginale. Il en est de même dans deux de nos observations de récidence, qui se rapportent à deux cas où l'on n'avait pas fixé la vaginale. La récidence est survenue, présentant même un aspect un peu

particulier, et venant à l'appui de notre manière de voir, sur la nécessité, et non pas la possibilité facultative admise jusqu'ici, de fixer la vaginale dans sa nouvelle situation d'éversion.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Récidive de cure radicale par le procédé de retournement sans points de suture sur la vaginale. (D^r Legueu).

(In thèse Houdé).

Dans le courant de janvier 1899, un malade se présente à la consultation de Saint-Louis, atteint d'une hydrocèle droite, de la grosseur d'une orange, transparente ; aucun antécédent génital auquel on peut attribuer cette affection. Le malade est opéré par le docteur Legueu par le procédé de retournement.

L'opération à l'aide de la cocaïne fut simple, l'incision de la vaginale n'était que de deux centimètres, de façon que le testicule put passer seulement à la suite de pressions ; mais *la vaginale retournée ne fut pas fixée* dans sa nouvelle position à l'aide de sutures.

L'opération dura cinq minutes, et le malade muni d'un panse-

ment, retourna chez lui. Au huitième jour, les fils sont enlevés, il n'y a plus de douleur, le malade se sent très bien.

Trois semaines après, le malade se présente de nouveau à la consultation, parce qu'il remarque que depuis quelques jours, la partie droite du scrotum augmente de volume. L'examen démontre qu'une récurrence s'est produite ; à la fin de février, il voulut bien se soumettre une seconde fois à l'opération qui fut recommencée par le même procédé.

L'incision démontra que le testicule était à nouveau rentré dans la vaginale, et l'on retrouvait sur celle-ci la trace cicatricielle de la dernière opération ; le décollement fut plus difficile, car au niveau de la cicatrice, il existait des adhérences avec le scrotum.

Le décollement achevé, le retournement de la vaginale réincisée s'opéra sans difficulté. Le liquide était séro-sanguinolent ; mais, cette fois, la vaginale fut maintenue éversée par deux points de suture l'unissant au tissu cellulaire du cordon. La guérison s'effectua en huit jours et le malade revu plusieurs fois, ne présente pas trace de récurrence.

OBSERVATION II

Récurrence de cure radicale d'hydrocèle par retournement sans fixation de la vaginale dans sa nouvelle situation.

(Due à l'obligeance de M. Tresson, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté).

G. L..., âgé de 30 ans, se présente au mois de juillet 1899,

dans le service du professeur Le Dentu. Il est atteint d'une hydrocèle vaginale siégeant du côté droit. Il a eu une orchite au commencement de cette même année.

Le malade est anesthésié à la cocaïne. On fait une longue incision cutanée, une longue incision sur la vaginale, et le contenu est évacué. On procède ensuite au retournement de la vaginale qui est appliquée par sa face externe contre l'épididyme et le cordon. Elle était très distendue; elle est maintenant très large et flottante, mais elle a conservé sa souplesse, et son éversion se fait avec une remarquable facilité. Aussi juge-t-on inutile de la fixer dans sa nouvelle situation. On ne fait aucun point de suture vaginal. On suture le scrotum et l'on applique un pansement compressif.

Ablation des fils au bout de huit jours. Rien à noter. Le malade se lève et sort guéri au bout de quinze jours, sans trace d'récidive.

Mais il revient un mois après, se plaignant de douleurs légères, irradiées le long du cordon. L'examen montre une tumeur lisse, un peu fluctuante, du volume d'une très grosse noix, située au dessus du testicule, à la partie inférieure du cordon. Cette tumeur présente absolument l'aspect et le caractère d'un kyste du cordon,

L'intervention, pour la seconde fois, est décidée. Anesthésie à la cocaïne. On constate que la vaginale n'est pas restée dans sa situation éversée dans sa partie supérieure, mais qu'elle est revenue en partie sur le cordon à son origine, et que, grâce aux nouvelles adhérences constatées à ce niveau, une hydrocèle partielle s'est reconstituée en un mois, donnant cliniquement les caractères d'un kyste du cordon.

La vaginale est décollée de ses nouvelles adhérences replacée en éversion, et, cette fois deux points de suture la maintiennent dans cette situation.

La guérison définitive est obtenue.

OBSERVATION III

Cure radicale par retournement sans points de suture fixant la vaginale. Récidive. M. Legueu.

(In thèse Houdé).

M. L..., d'Elbeuf, 35 ans, se présente à nous atteint d'une hydrocèle simple, à droite, suite d'orchite survenue quelques mois auparavant. L'hydrocèle, déjà ponctionnée, est du volume du poing avec un grand prolongement sur le trajet du cordon. Pas de communication par le canal vagino-péritonéal.

La cure radicale est pratiquée le 12 avril; analgésie par 5 centigrammes de cocaïne. L'opération dure cinq minutes; le malade n'a pas eu la moindre sensation douloureuse.

Le malade peut se lever le sixième jour et les fils furent enlevés le huitième jour. Réunion parfaite.

Un mois après, le malade se présente à nouveau avec une récidive de son hydrocèle. Le 21 mai, il est soumis à l'opération, et cette fois encore on constate que la *vaginale, qui n'avait pas été fixée à l'aide de points de suture* est reformée. Cette fois, étant donné la grosseur de l'hydrocèle, son prolongement dans la région inguinale, la difficulté qui s'ensuit de retourner cette vaginale épaissie, on pratique la cure radicale par excision totale de la vaginale. Le malade a très bien guéri, et n'a pas présenté de récidive.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. Léo, interne des hôpitaux.
Aide d'anatomie à la Faculté).

Le jeune R. D..., est entré le 4 août à l'hôpital Tenon, porteur d'une hydrocèle droite, récidivée. Ce malade a déjà été ponctionné et traité à la teinture d'iode dans un autre hôpital; mais il a récidivé.

Il a été opéré également ailleurs, par le procédé du retournement, mais il a encore récidivé.

Il se présente avec une tuméfaction arrondie, bosselée, non transparente, assez résistante du côté droit.

Opération le 5 août. Chloroforme. Longue incision cutanée. Le testicule se présente, dépouillé de la séreuse sur la ligne médiane; le feuillet pariétal gauche de la vaginale est resté dans la position donnée par l'opérateur. Mais le feuillet pariétal qui tapissait le côté droit du testicule est revenu à sa position normale, reformant une demi-vaginale à droite remplie de liquide foncé, légèrement hématique qu'évacue l'incision de cette poche secondaire.

L'inspection du testicule montre une petite végétation en voie de transformation calcaire, qui est réséquée. Le retournement de la moitié droite de la vaginale est possible après libération de quelques adhérences. On la fixe avec soin, par deux points de suture, dans sa nouvelle situation.

Suture du scrotum.

Pansement légèrement compressif.

Au bout de six jours, ablation des fils. Réunion parfaite. Le malade se lève.

Il quitte l'hôpital au bout de dix jours, parfaitement guéri.

Revu un mois après, sans récurrence cette fois.

OBSERVATION V (Personnelle).

En février 1899, le nommé Faivre Jules, âgé de 46 ans, entre à l'hôpital Beaujon, atteint d'une hydrocèle vaginale du côté gauche.

Opération le 9 février. Retournement de la vaginale, facile, fixation par deux points de suture.

Ablation des fils au bout de huit jours. Sorti guéri le 24 février 1899.

OBSERVATION VI (Personnelle).

Cure radicale d'hydrocèle par éversion de la vaginale.

Le 2 octobre 1900, entre à l'hôpital Beaujon, le nommé M..., atteint d'une assez volumineuse hydrocèle du côté gauche, datant de cinq ans, à surface lisse, bosselée, la transparence est nette.

Le 4 octobre, sous chloroforme, incision de la vaginale, évacuation du contenu jaune citrin. Retournement de la vaginale, fixation par deux points de suture au catgut.

Le malade se lève dès le cinquième jour, grâce à son pansement légèrement compressif.

Ablation des fils le huitième jour.

Réunion parfaite.

Le malade sort guéri le 21 octobre 1900.

OBSERVATION VII (Personnelle).

Hydrocèle enkystée du cordon. Cure radicale par retournement de la vaginale.

Le 7 novembre, entre à l'hôpital Saint-Louis, le nommé Bern, âgé de 57 ans, présentant une tumeur que l'on diagnostique tumeur : enkystée du cordon.

Le 8 novembre, on procède à la cure radicale de cette hydrocèle par l'éversion de la vaginale, fixée dans sa nouvelle position par deux points de suture au catgut.

Résultats excellents, sorti guéri, au bout de quinze jours.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

Hydrocèle traitée par éversion de la vaginale.

Le nommé D..., se présente le 3 octobre 1900 à l'hôpital Beaujon, il est âgé de 36 ans. Il ne présente aucun antécédent génital.

Il a seulement remarqué que depuis deux ans environ, la partie gauche du scrotum a grossi un peu.

Il ne se plaint pas de douleurs, mais il est obligé de porter un suspensoir; pour supprimer la gêne de cet appareil, il demande à se faire opérer.

Le 5 octobre, on cocaïnise le scrotum, on incise sur une hauteur de 8 centimètres sur la partie moyenne de la tumeur.

Le contenu est évacué; c'est un liquide jaunâtre, un peu foncé; légèrement teinté de sang.

La vaginale et le testicule sont soigneusement inspectés; on trouve une petite végétation au niveau de la queue de l'épididyme.

Elle est réséquée; la vaginale est éversée, et fixée dans sa nouvelle position par deux points de suture.

Suture de la peau au crin de Florence.

Les fils sont enlevés le 7^e jour; réunion parfaite.

Le malade se levait le 6^e jour. Il sort guéri le 13^e jour.

Remarques. — Il résulte de ces quelques observations,

qui confirment celles qui ont déjà été publiées sur ce sujet, que la récurrence survient presque fatalement, si la vaginale n'est pas fixée dans sa situation nouvelle, et que, pas une seule fois, elle n'est survenue quand la vaginale a été fixée.

L'observation II est intéressante, car elle permet de prendre sur le fait la récurrence qui se forme lorsque, non fixée, la vaginale est par dessus le marché extrêmement développée; il est bon de noter que c'est par la partie supérieure du cul-de-sac vaginal qu'a débuté la récurrence. Il doit en être souvent ainsi, et c'est ce qui légitime la recommandation de F. Leguen, de bien fixer surtout la partie supérieure de la séreuse, au niveau du cordon.

Du reste, si cette fixation est de première importance, et si nous n'avons pas craint d'insister à plusieurs reprises sur sa nécessité, il ne faudrait pas en conclure que cette fixation par la suture doive être extrêmement serrée. Loin de là, il faut laisser un certain jeu, au contraire, à la vaginale retournée, autour du cordon et du paquet vasculo-nerveux du testicule, sous peine de voir apparaître une induration prolongée et des douleurs, qui pourraient être plus vives que celles de l'hydrocèle pour laquelle le malade était venu demander un soulagement, par l'opération. Ce n'est, en effet, généralement pas la douleur, mais une simple gêne qui amène les malades à consulter.

Dans toutes nos observations, nous voyons les malades guéris au bout de 10 ou 15 jours, après l'acte opératoire. Plusieurs se levaient dès le 4^e jour. Cette constatation a

son importance, pour l'appréciation de la valeur de la méthode par éversion, et surtout pour la mettre en balance avec les autres traitements qui ont été préconisés et que l'éversion tend à remplacer dans certains cas.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'ÉVERSION

Au point de vue du choix du traitement de l'hydrocèle, en face de l'éversion et de l'excision, qui constituent le traitement chirurgical, il ne reste, que l'injection iodée. Son rôle pourrait paraître désormais terminé, en présence des deux excellents moyens de guérison qu'offre l'intervention sanglante. Mais il faut tenir compte de la facilité de l'injection iodée qui la met à la portée de tous les praticiens, alors qu'une éversion nécessite déjà une certaine éducation chirurgicale ; il faut tenir compte de la commodité des malades, qui préfèrent toujours une ponction à une incision avec anesthésie, et c'est ce qui explique que M. Sébilleau, d'après Beaudouin (1), puisse dire que « la majorité des chirurgiens de Paris, « malgré la facilité et la sécurité que donne la pratique « de l'aseptie, sont partisans du vieux traitement de « l'hydrocèle par la méthode de la ponction de Defer, ou « celle de Martin (de Calcutta) ».

Ceux qui persistent à défendre la ponction, n'auront pas souvent l'occasion de faire l'éversion de la vaginale.

(1) BEAUDOIN. — *Le traité de l'hydrocèle simple dans les hôpitaux de Paris* (Sem. méd., 23 avril 1891, n° 20, p. 78).

Mais pour ceux qui rejettent la ponction, il se pose cette seule question de savoir quand il faut faire l'éversion, et quand il faut faire l'excision.

C'est cette question que nous allons examiner rapidement.

INDICATIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Comparaison entre l'excision et l'éversion de la vaginale.

Il ne semble plus que l'on puisse hésiter entre l'excision de la vaginale :

1° Quand cette éversion est possible ;

2° Quand on a soin de fixer la vaginale dans sa situation nouvelle par des points de suture.

En effet, l'excision est plus longue, partant plus douloureuse; elle donne lieu à une perte de sang plus abondante; elle nécessite plus de frais, sans obtenir plus de résultats. Mais son rôle n'est pas fini, et il faut se garder de la bannir entièrement, parce que dans bien des cas, quand la vaginale est épaissie, ou l'hydrocèle très volumineuse, très ancienne, elle est le bon moyen à employer pour une guérison définitive, car l'éversion est alors impossible.

Avec ces deux moyens, on peut venir à bout du premier coup, si l'on a soin de suivre le manuel opératoire indiqué par F. Legueu pour l'éversion de toutes les hydrocèles.

C'est dire qu'il faut rejeter l'incision simple, et l'excision partielle, comme étant les étapes qui ont mesuré la hardiesse croissante de la chirurgie devenue aseptique, mais absolument insuffisantes pour obtenir une guérison à coup sûr; et ne conserver que l'éversion quand elle est

possible, et l'excision totale quand l'éversion est impossible.

Il y a donc des cas où l'éversion n'est pas possible, et pour définir ces cas nous ne pouvons mieux faire que de citer les paroles de F. Legueu, au 13^e congrès de chirurgie. Il s'exprime ainsi :

« Une condition indispensable pour que l'éversion soit efficace, c'est qu'elle soit totale, c'est-à-dire qu'elle soit complète dans toute la périphérie du testicule. »

Pour cela il est nécessaire de décoller complètement, avec le doigt, la vaginale des autres enveloppes du testicule, et de sortir du scrotum, le testicule et la vaginale. Ce n'est qu'après que cette libération est absolument complète, que l'inversion sera faite également dans tous les sens.

Pour qu'elle soit possible, il faut encore que l'hydrocèle ne soit pas volumineuse, et ne remonte pas trop haut le long du cordon ; il ne reste plus alors assez de place pour étaler sans plis, la vaginale retournée le long du cordon.

Enfin une dernière condition réside dans la souplesse et l'intégrité relative de la vaginale.

Réduite à ces seules indications : hydrocèle de moyen volume, sans épaissement de la vaginale, l'inversion est une opération, facile, simple, rapide, qui ne nécessite pas de ligature, et susceptible de donner un résultat aussi parfait que la résection (1).

(1) *Bulletin médical*, 1899, p. 988.

CONCLUSIONS

I. — L'éversion, quand elle est possible, amène une guérison définitive de l'hydrocèle vaginale.

II. — On ne trouve pas d'observation de récurrence de l'hydrocèle, après éversion vaginale, dans les cas où les points de suture ont été placés sur la vaginale, pour la fixer dans sa nouvelle situation.

III. — Dans les observations de récurrence de l'hydrocèle vaginale après éversion de la vaginale, on trouve noté chaque fois, que la vaginale n'avait pas été fixée par des points de suture dans sa situation nouvelle.

IV. — Les récurrences observées sont dues à la négligence d'un détail du manuel opératoire, extrêmement important, et qui consiste à fixer les lèvres de l'incision dans leur nouvelle situation, par deux ou trois points de suture.

V. — L'éversion n'est pas possible si la vaginale est très épaissie ou cloisonnée. Dans ces cas, l'excision devient le traitement de choix.

VI. — La ponction n'est jamais un traitement de choix, obligatoire. Il ne peut être employé que par une raison de préférence personnelle de la part du praticien ou de celle du malade. Les résultats ne sont pas meilleurs que ceux de l'intervention chirurgicale, par l'éversion ou par l'excision totale.

VII. — Les sutures de la vaginale ne doivent pas être très serrées, de peur d'amener une compression vasculaire ou nerveuse des éléments du cordon, qu'elle entoure dans sa nouvelle situation.

Vu : Le Doyen,

Vu : Le Président de la Thèse,

BROUARDEL.

BERGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- S. DUPLAY. — *Arch. génér. de Médec.*, 1855, t. CXXIX.
- FÉLIX REGNAULT. — *De la vaginalite chronique, cause de l'hydrocèle* (Bulet. Soc. Anat. de Paris, LXVI^e année, t. V, fasc. 22. Déc. 1891, p. 662).
- BLACKWOOD. — *Philadelph. med. Times*, 1879, t. IX, p. 151.
- DELBET et LE DENTU. — Article de M. Pierre Sébilleau, t. IX, p. 895.
- VOLKMANN. — *Der Hydrocelenschnitt bei antiseptischer Nachbehandlung*. (Berl. Klin. Wochenschrift, 1876, n° 3).
- PAUL CLENDENIN. — *De l'incision maintenue béante dans le traitement de l'hydrocèle simple* (The Boston med. and surg. journal, 3 mai 1894, p. 440).
- ROERSCH. — *Traitement de l'hydrocèle* (Annales de la Soc. med. Chirurg. de Liège. Mars, 1896).
- O. BLOCH. — *Un traitement radical de l'hydrocèle* (Semaine médicale, 16 févr. 98, n° 9, p. 72).
- JULLIARD. — *De l'incision antiseptique de l'hydrocèle* (Rev. de Chirurgie, t. IV, p. 81 1884).
- AUGAGNEUR. — *Traitement de l'hydrocèle par l'incision et la résection partielle de la tunique vaginale*, (Gaz. hebd. de médec. et de chirurgie, 1886, p. 222).
- SCARENZIO. — *Sul modo di vende encore pin semplice e innocente la cura dell'idrocele* (Broch. in-8°, Milano, 1889).
- BERGMANN. — *Berliner Klinischer Wochenschrift*, 1885, n° 14.
- GOUFFIER. — Thèse de Paris 1898, n° 344.
- P. SÉBILLEAU. — *Traité de Delbet et Le Dentu*.
- NICAISE. — *Rev. de Chir.* 1888, p. 89.

- STORP. — *Arch. f. Klinische Chirurgie*, liv. III, p. 334, 1896.
- JABOULAY. — *Province Méd.*, 1895, p. 139.
- DOYEN. — *Arch. Prov. de Chirurgie*, nov. 1895.
- DELOVE. — *Lyon Médical*, nov. 1897.
- BARRAL. — *Inversion de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle* (thèse de Lyon 1896).
- F. LEGUEU. — *Du traitement de l'hydrocèle par inversion vaginale* (XIII^e Congrès de Chirurgie, Paris, 1899, p. 664, chez F. Alcan).
- E. HOUDÉ. — Thèse de Paris, 1899-1900, n^o 157.
- BEAUDOIN. — *Le traitement de l'hydrocèle simple dans les hôpitaux de Paris* (Sem. Méd. 23 avril 1891, n^o 20, p. 78).
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de Chirurgie*.
- E. PIVARA. — *Behandlung der Hydrocele durch Eversion der tunica vaginalis* (Wien. Klin. Rundsch., 1899 XIII. 49).
- STORP. — *Semaine médicale*, 6 juin, 1896 n^o 29, p. 230.
- CUMSTON. — *Inversion of the vaginal tunic in the operative treatment of hydrocele* (Univ. M. Mag. Phila. 1898-1899, XI, 315-318).
- WINKELMANN. — *Neue methode der Radicaloperation der Hydrocele* (Centralblatt. f. Chirurgie, 1898, XXV, 1092).
- CASTAN. — *Traitement de l'hydrocèle congénitale chez l'enfant*. (Revue internationale de Méd. et Chirurgie 1898 IX, 345-348).
- ESQUERDO. — *El hidrocele de la Colsa vaginal y su tratamiento* (Revue de Méd. cirurj. y farm. Barcelone 1898. XII, 257-289).

